

0-792266

На правах рукописи



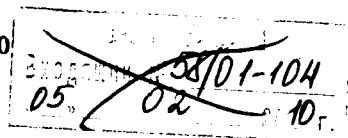
**Климин Владимир Григорьевич**

**ФИНАНСОВО-СТРАХОВОЙ МЕХАНИЗМ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ:  
ТЕОРИЯ И МЕТОДОЛОГИЯ**

Специальность 08.00.10 –  
Финансы, денежное обращение и кредит

**АВТОРЕФЕРАТ**  
диссертации на соискание ученой степени  
доктора экономических наук

Екатеринбург – 2010



**Диссертационная работа выполнена  
на кафедре финансов, денежного обращения и кредита  
ГОУ ВПО «Уральский государственный экономический университет»**

**Научный консультант:** доктор экономических наук, профессор,  
заслуженный деятель науки РФ  
**Казак Александр Юрьевич**  
ГОУ ВПО «Уральский государственный  
университет им. А. М. Горького» (Екатеринбург)

**Официальные оппоненты:** доктор экономических наук, профессор  
**Коломин Евгений Васильевич**  
Научно-исследовательский финансовый институт  
Академии бюджета и казначейства Министерства финансов РФ (Москва)

НАУЧНАЯ БИБЛИОТЕКА КГУ



0000689766

доктор экономических наук, доцент  
**Жигас Маргарита Герутисовна**  
ГОУ ВПО «Байкальский государственный  
университет экономики и права» (Иркутск)

доктор экономических наук, профессор  
**Пищулов Виктор Михайлович**  
ГОУ ВПО «Уральский государственный  
лесотехнический университет» (Екатеринбург)

**Ведущая организация:** Институт экономики Уральского отделения  
Российской академии наук (Екатеринбург)


Защита состоится 25 февраля 2010 г. в 11.00 на заседании диссертационного совета ДМ 212.287.02 при ГОУ ВПО «Уральский государственный экономический университет» по адресу: 620144, г. Екатеринбург, ГСП-985, ул. 8 Марта/Народной воли, 62/45, зал заседаний Ученого Совета (ауд. 150).

Отзывы на автореферат в двух экземплярах, заверенные гербовой печатью, просим направлять по адресу: 620144, г. Екатеринбург, ГСП-985, ул. 8 Марта/Народной воли, 62/45, ГОУ ВПО «Уральский государственный экономический университет», ученому секретарю диссертационного совета ДМ 212.287.02.

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке ГОУ ВПО «Уральский государственный экономический университет». Автореферат размещен на сайтах Высшей аттестационной комиссии Министерства образования и науки Российской Федерации <http://www.vak.ed.gov.ru> и ГОУ ВПО «Уральский государственный экономический университет» <http://www.usue.ru>.

Автореферат разослан 25 января 2010 г.

Ученый секретарь  
диссертационного совета,  
доктор экономических наук, профессор

 **О. Б. Веретенникова**

## I Общая характеристика работы

**Актуальность темы исследования.** В Российской Федерации признается основополагающая роль здравоохранения как неотъемлемого и базового положения условий жизни общества. Государство подтверждает свою ответственность за сохранение и укрепление здоровья граждан. Закрепление приоритетности здравоохранения порождает постоянное стремление государства к совершенствованию организационно-экономических, правовых и финансовых основ функционирования сферы охраны здоровья.

Главной целью общества становится повышение уровня жизни российских граждан с обеспечением доступности и возможности получения качественной медицинской помощи. Развитие здравоохранения должно строиться на реализации прав и потребностей человека в охране здоровья, ориентироваться на формирование и функционирование адекватного финансово-страхового механизма.

Программными государственными гарантиями оказания бесплатной медицинской помощи обеспечиваются доступность и качество медицинских услуг при стремлении эффективного использования финансовых ресурсов. При конкретизации государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи предусматривается переход на одноканальное финансирование медицинской помощи через систему обязательного медицинского страхования. Активизируется внедрение преимущественно страховых принципов формирования финансовых ресурсов здравоохранения. Вполне реально применение механизма, обеспечивающего солидарный подход в медицинском страховании.

Замедление темпов роста мировой экономики и кризисная ситуация влияют на определение целей и задач финансовой и бюджетной политики России на современном этапе. Антикризисная политика предусматривает как макроэкономическое обновление и структурное преобразование экономики, так и интенсивное наращивание потенциала человеческого капитала с повышением уровня социальной защищенности. Требования по сохранению устойчивости российской экономики должны содержать в себе и направления модернизации системы охраны здоровья граждан.

Формирование и полномасштабное функционирование современного финансово-страхового механизма здравоохранения должно обеспечить доступную и качественную медицинскую помощь гражданам Российской Федерации. Поступательное совершенствование правовых, организационных и финансовых основ здравоохранения призва-

но обеспечить устойчивое социально-экономическое развитие России в долгосрочной перспективе.

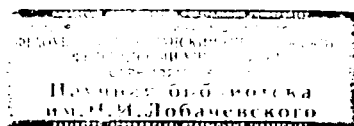
Финансово-страховой механизм здравоохранения, сопровождающий реализацию приоритетных задач укрепления и сохранения здоровья граждан путем повышения уровня доступности и качества медицинской помощи, содействует внедрению более эффективных инструментов, способствующих рациональному использованию финансовых ресурсов, и достижению сбалансированности между потребностями и реальным осуществлением прав, обязанностей и ответственности граждан и всех субъектов системы охраны здоровья. Это оказывает прямое воздействие на снижение показателей заболеваемости, увеличение средней продолжительности жизни, формирование мотивации граждан к здоровому образу жизни и оптимизацию объема и структуры финансовых ресурсов, направляемых в систему охраны здоровья за счет всех источников.

Выбор тематики исследования приобретает особую актуальность в условиях кризисного периода. Органами государственной власти всех уровней, исполнительными органами Российской Федерации и субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, федеральным и территориальными органами государственного внебюджетного фонда обязательного медицинского страхования, медицинскими организациями и страховыми медицинскими компаниями активно формируются и внедряются масштабные решения по регулированию экономико-финансовых процессов, действующих в здравоохранении.

Актуальность, теоретическая и практическая значимость диссертационного исследования определяются направленностью на решение крупной научно-практической проблемы, имеющей важное народнохозяйственное значение для финансового обеспечения социальных гарантий граждан России в сфере охраны здоровья при ограниченности объема финансовых ресурсов и оптимизации затрат на оказание медицинской помощи в ходе совершенствования финансово-страхового механизма здравоохранения.

**Степень разработанности проблемы.** Основные теоретические и методологические положения экономической и финансовой базы функционирования социальной сферы, в частности системы охраны здоровья, содержатся в научных трудах отечественных и зарубежных ученых. Каждое исследование представляется в качестве самостоятельного или междисциплинарного теоретико-методологического направления.

Экономико-социальное значение проблем системы охраны здоровья в современных условиях хозяйствования должно получить адек-



ватное отражение в научных и прикладных исследованиях, раскрывающих теоретические и методологические основы функционирования финансово-страхового механизма здравоохранения. Значительный вклад в формирование отечественной теории финансов с раскрытием их социального содержания внесли: А.М. Бабич, С.В. Барулин, О.Б. Веретенникова, О.В. Врублевская, Л.А. Дробозина, В.П. Иваницкий, А.Ю. Казак, В.В. Ковалёв, Т.М. Ковалёва, С.И. Лушин, Л.Н. Павлова, Э.В. Пешина, В.М. Пишулов, Г.Б. Поляк, В.М. Родионова, М.В. Романовский, Б.М. Сабанти, В.К. Сенчагов, В.А. Слепов и др.

Фундаментальное обоснование современной страховой науки содержится в трудах В.В. Аленичева, А.П. Архипова, Ю.Т. Ахвеледиани, В.В. Волкова, А.А. Гвозденко, В.Б. Гомеллии, Е.Ф. Дюжикова, С.В. Ермасова, М.Г. Жигас, Е.Г. Князевой, Е.В. Коломина, А.Б. Крутик, Т.В. Никитиной, Л.А. Орланюк-Малицкой, А.А. Резникова, Н.П. Сахировой, В.И. Серебровского, М.Б. Смирнова, П.В. Сокола, Ю.А. Сплетухова, Г.В. Черновой, В.В. Шахова и др.

Вместе с тем важность текущих и перспективных преобразований в здравоохранении, необходимость постоянных корректировок движения финансовых ресурсов в отрасли обуславливают серьезную проработку формирования и функционирования финансово-страхового механизма здравоохранения. Должна быть выработана современная концепция, определяющая взаимодействие и сбалансированность между денежными средствами, выделяемыми на охрану здоровья граждан, их рациональным и эффективным использованием и достижением определенных результатов.

**Цель диссертационного исследования** – разработка целостной концепции формирования и функционирования финансово-страхового механизма здравоохранения, включающей теоретические, методологические и практические основы рационализации процесса финансового обеспечения системы охраны здоровья населения.

Реализация цели исследования обусловила постановку, научную проработку и решение следующих **задач диссертационного исследования**:

- 1) уточнение и систематизация сущности экономических категорий «финансы» и «страхование»; изучение генезиса понятийного аппарата, составляющего основу исследования;
- 2) развитие теории формирования и функционирования финансового и страхового механизма; определение структурных элементов названных механизмов;

3) формирование агрегативной характеристики и уточнение функциональной роли финансово-страхового механизма здравоохранения;

4) содержательная оценка динамики расходов на здравоохранение в национальном и региональном масштабе;

5) выявление и аналитическая обработка основных количественных и качественных параметров функционирования системы здравоохранения на уровне субъекта Российской Федерации;

6) обоснование системного представления и раскрытие коммуникационной характеристики программ добровольного медицинского страхования;

7) установление значимости законодательно-нормативных новаций и структурных преобразований в консолидированных источниках финансирования в ходе функционирования финансово-страхового механизма здравоохранения.

**Предметом диссертационного исследования** выступает совокупность экономических отношений, определяющих позицию здравоохранения в социально-экономической системе общества, формирующихся в процессе финансового обеспечения охраны здоровья, имеющих императивно-экономические признаки.

**Объектом исследования** является вертикальное и горизонтальное движение финансовых ресурсов в национальном и региональном масштабе при многовариантном взаимодействии между субъектами системы охраны здоровья.

**Соответствие темы диссертации требованиям Паспорта специальностей ВАК.** Область исследования соответствует Паспорту специальностей ВАК (экономические науки) -- 08.00.10 Финансы, денежное обращение и кредит: 1.1. Современные теории финансов и их использование в практике деятельности государства, корпораций, домашних хозяйств; 2.1. Система государственных финансов, ее структура и роль в регулировании финансовых отношений и социально-экономического развития страны; 6.3. Государственное регулирование развития и эффективного функционирования обязательного и добровольного страхования.

**Теоретико-методологическая основа исследования** объединила фундаментальные положения экономической и финансовой науки в классическом и актуализированном изложении концептуальных положений; монографические научные публикации, раскрывающие закономерности финансовых отношений в зарубежной и национальной системе охраны здоровья; общеэкономические и отраслевые программно-целевые разработки субъектов здравоохранения. Методический аппарат

исследования включает в себя методы системно-структурного, функционального, факторного и сравнительного анализа с построением аналитических моделей на основе синтеза современных научных методов познания экономико-социальных явлений.

**Информационно-эмпирической базой диссертационного исследования** послужили: законодательные акты и нормативно-правовые документы Российской Федерации; аналитические публикации научно-практических конференций; фактологические и экспертные сведения периодических изданий; официальные статистические данные Федеральной службы государственной статистики, Министерства здравоохранения и социального развития РФ, Федеральной службы страхового надзора РФ, Министерства здравоохранения Свердловской области.

**Научная новизна диссертационного исследования** раскрывается посредством приращения научных знаний, заключающихся в разработке целостной концепции функционирования финансово-страхового механизма здравоохранения, формируемого на основе взаимодействия финансов и страхования с определением функционально-элементной базы, масштабным внедрением преимущественно страховых принципов действия, всесторонней оптимизацией использования финансовых ресурсов, расширением программно-целевых форм и трансформацией источников финансирования национальной системы охраны здоровья.

1 Обоснованы социально-экономическое содержание и существенные характеристики финансово-страхового механизма здравоохранения как системы управления финансовыми отношениями, организуемыми государством и хозяйствующими субъектами в сфере охраны здоровья в соответствии с объективно действующими экономическими законами в ходе перераспределения финансовых ресурсов.

На основе анализа процесса взаимоинтеграции финансов и страхования сформулирована агрегативная характеристика финансово-страхового механизма здравоохранения, что позволило дополнить основные положения финансовой науки. Обобщение теоретических положений и применение комплексного методологического подхода дало основание ввести в понятийный ряд финансово-страховой механизм здравоохранения и обосновать его содержание в виде многоэлементной конструкции, устанавливающей определенный порядок удовлетворения общественной потребности в медицинской помощи и находящейся в постоянном динамическом развитии. Раскрыто и аргументировано представление финансово-страхового механизма здравоохранения в качестве рациональной организации финансовых и страховых отношений, процесса формирования и использования фондов денежных

средств целевого назначения, с применением круга финансовых инструментов, в рамках совершенствующегося нормативно-правового поля. Обосновано модельно-структурное формирование финансово-страхового механизма с выявлением прямого и опосредованного воздействия на материальную и социальную сферу общества с определением измеримых стоимостных показателей.

2 Определены модульно-функциональная позиция и принципы действия финансово-страхового механизма здравоохранения в ходе удовлетворения общественной потребности в медицинских услугах на основе финансовой эквивалентности.

В общем контексте исследования раскрыто модульное построение финансово-страхового механизма здравоохранения посредством объединения относительно самостоятельных единиц, воспроизводящихся в функционирующих субъектах здравоохранения. Доказательно обоснована необходимость согласованности их взаимодействия по количественно-стоимостным параметрам с корреляцией на трансформирующиеся задачи государства в социальной сфере. На основе реконструирования выделены системообразующие функции, являющиеся внешней формой выражения общественного назначения финансово-страхового механизма здравоохранения. Расширено теоретическое представление совокупного функционала через реальное воплощение финансово-организационных решений в ходе финансового обеспечения здравоохранения. Выявлено усиление значимости финансовой эквивалентности как принципа экономического равновесия между объемом аккумулируемых денежных средств и производимых обществом затрат на оказание медицинских услуг.

3 Сформулированы и аргументированно доказаны концептуальные положения сбалансированности финансового обеспечения государственных гарантий оказания медицинской помощи с установкой целевых значений, оптимизацией расходов и достижением социально-экономических результатов деятельности здравоохранения региона в сочетании с солидарными принципами медицинского страхования.

На основе представления элементной базы госгарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи выявлено существенное отрицательное воздействие на объемы финансового обеспечения здравоохранения дефицитности параметров территориальных программ и значительной дифференциации подушевых нормативов финансирования по субъектам РФ. Определена процедура конкретизации госгарантий, основанная на первоочередном определении источников финансового обеспечения с последовательным сопоставлением по порядку оказания медицинской помощи, с оценкой эффективности их испол-



нения и ответственностью за неисполнение. По ответственно-компетентным уровням обосновано сопоставление объема расходов с актуализированными индикаторами качества жизни и здоровья населения страны и регионов.

Подтверждена необходимость оптимизации использования финансового и ресурсного потенциала здравоохранения региона посредством устранения диспропорциональности и сокращения объема неэффективных расходов с перераспределением денежных средств на обеспечение доступности и повышение качества медицинской помощи. Отмечено обострение проблемы сбалансированности ресурсной базы в период кризисной ситуации. Разработан комплекс антикризисных мероприятий, включающий финансовый мониторинг деятельности региональных и муниципальных учреждений здравоохранения по стоимостным параметрам, демонстрирующим их финансовую устойчивость, с целью оперативного управления здравоохранением региона.

4 Предложена и апробирована макродинамическая модель добровольного медицинского страхования с представлением принципиальной схемы реализации и экономической детерминированностью условий.

На основе углубления методологии обоснованы экономическая природа и направления институциональной модернизации добровольного медицинского страхования (ДМС). Выявлены общие и специфические типологические свойства трансформирующейся модели ДМС в отличие от действующих аналогов. В ходе идентификации модельной схемы разработаны конкретные рекомендации по преодолению противоречий и выстраиванию взаимодействия экономических субъектов в системе ДМС с целью ее масштабного распространения в РФ. Представлена коммуникационная характеристика и определена вариативность программных положений ДМС. Доказано, что при оптимальной целесообразности развитие ДМС послужит расширению форм доступности и финансирования медицинских услуг.

5 Разработана методика целевого структурирования государственно-частного партнерства в здравоохранении с трансформацией источников финансирования и разделением рисков между государством и бизнесом в ходе формирования и эксплуатации инфраструктуры системы охраны здоровья населения.

Предложена обобщенная институционально-структурная форма привлечения частного финансирования при допустимости установления пропорциональной зависимости финансового обеспечения лечебно-профилактических учреждений и объемов качественной медицинской помощи. Методическими позициями определены формы и дока-

зана экономическая рациональность построения инвестиционных программ здравоохранения с применением основ государственно-частного партнерства с прогнозированием объема привлечения инвестиций и сценариев развития здравоохранения региона.

6 Представлены концептуальные положения по созданию и внедрению инновационно-программных модификаций в здравоохранении, направленных на эффективное расходование средств, информатизацию и формирование здорового образа жизни населения, позволяющих обосновать объемы и структурные пропорции финансового обеспечения.

С учетом трансформации системы оказания медицинской помощи обоснована актуализация законодательно-нормативной базы здравоохранения в области реализации госгарантий оказания гражданам бесплатной медицинской помощи, организации ОМС при учете социального страхового риска и страхового обеспечения, софинансирования расходных обязательств при изменении имущественных интересов субъектов здравоохранения. Подтверждена необходимость активизации участия регионов в трансформационных мероприятиях при расширении их полномочий в сфере формирования и движения финансовых потоков здравоохранения. Разработан комплекс мероприятий по развитию амбулаторной медицинской помощи, профилактических направлений и стационарозамещающих технологий в целях оптимизации расходования денежных средств с достижением индикативных показателей здоровья населения во временном и результативном масштабе.

Обосновано применение программно-целевой (проектной) формы финансового обеспечения охраны здоровья дифференцированных групп населения на региональном уровне с учетом адекватности затрат, фактически производимых за счет определенных источников, реальным результатам функционирования здравоохранения в стоимостных параметрах с представлением прямого, косвенного и мультипликативного экономического эффекта, включая предотвращенный экономический ущерб. Установлено типологическое сходство государственных целевых программ на уровне региона с инвариантностью по этапам, выделением целевых мероприятий, ресурсных компонентов при согласовании источников финансирования, с обязательным финансовым контролем и оценкой социально-экономической эффективности реализации.

**Теоретическая значимость исследования** заключается в систематизации и разработке понятийного аппарата, развитии действующей совокупности теоретико-методологических разработок в области финансового обеспечения сферы охраны здоровья, конкретизации методического инструментария, в обобщении обширного теоретико-методологического массива данных по финансированию здравоохране-

ния. Полученные теоретико-методологические результаты расширяют совокупность знаний о взаимодействии финансов и страхования на категориальном уровне, обосновывают процесс трансформации источников финансирования здравоохранения при внедрении преимущественно страховых принципов финансирования.

**Практическая значимость исследования** определяется возможностью прямого использования результатов и разработанных методических позиций в целях решения практических задач по совершенствованию финансово-страхового механизма здравоохранения в национальном и региональном масштабе; в законодательно-нормотворческой деятельности органов государственной власти РФ и субъектов РФ; в организационно-управленческой и экономико-финансовой деятельности исполнительных органов субъектного уровня в сфере здравоохранения; в ходе функционирования медицинских страховых организаций; в учебном процессе в вузах при подготовке специалистов экономического профиля.

**Апробация результатов исследования.** Основные результаты научного исследования представлялись и получили поддержку на международных, всероссийских и региональных научно-практических конференциях, на заседаниях Комитета Государственной Думы РФ по охране здоровья, на отраслевых мероприятиях и практических семинарах (Москва, Санкт-Петербург, Екатеринбург, Челябинск, Курган, Тюмень) и за рубежом (Германия) (1995–2009 гг.). Значимые предложения автора выступили основой научно-практических исследований по организации финансовых основ функционирования субъектов системы охраны здоровья России и Свердловской области. Ведущие положения исследования используются в практической деятельности Министерства здравоохранения Свердловской области, страховых организаций и финансово-экономических служб медицинских учреждений.

**Публикации.** Основные положения исследования отражены в 38 публикациях объемом 214,4 п.л., в том числе авторских – 56,3 п.л. Опубликовано 7 монографий. В рецензируемых научных изданиях, рекомендованных ВАК, опубликовано 6 статей.

**Структура диссертационной работы.** Научно-практическое исследование состоит из введения, пяти глав, заключения, библиографического списка, рисунков, таблиц и приложений. Содержание выполненного исследования раскрывается в принятой автором последовательности.

Во **введении** обосновывается актуальность темы исследования; дается характеристика степени разработанности проблемы; определяются цель и задачи; формулируется объект и предмет исследования;

показывается теоретико-методологическая основа исследования с представлением методического аппарата и информационно-эмпирической базы исследования; формулируются основные положения диссертационного исследования, характеризующие научную новизну; определяется теоретическая и практическая значимость и апробация результатов работы.

В *первой главе* «Теоретико-методологические основы финансово-страхового механизма здравоохранения» систематизируются теоретические воззрения на сущность и содержание финансов и страхования; приводится систематизация методологических положений, отражающих экономическую природу представляемых категорий; определяется и аргументированно представляется интегративная характеристика и структура финансово-страхового механизма здравоохранения; раскрывается его модульно-функциональная позиция.

Во *второй главе* «Концептуальное обоснование организации финансово-страхового механизма здравоохранения» рассматривается императивное и финансовое обеспечение функционирования финансово-страхового механизма здравоохранения; определяется институциональный статус действия финансово-страхового механизма здравоохранения на уровне субъекта Российской Федерации.

В *третьей главе* «Адекватность масштабов практической реализации финансово-страхового механизма здравоохранения» проводится сравнительный и факторный анализ результирующих показателей финансирования здравоохранения; интерпретируется содержание совокупности количественных и качественных показателей системы охраны здоровья региона; дается общая оценка потенциала совокупного фонда финансовых ресурсов здравоохранения субъекта Российской Федерации.

В *четвертой главе* «Комплексная макродинамическая модель добровольного медицинского страхования» рассматривается законодательно-расчетная база добровольного медицинского страхования; проводится идентификация национального страхового рынка и представляется коммуникационная характеристика программ добровольного медицинского страхования; выявляются аддитивные особенности их практической реализации; обосновывается экономическая детерминированность условий данной формы медицинского страхования.

В *пятой главе* «Стратегические направления развития финансово-страхового механизма здравоохранения» обосновывается системно-логическая модернизация нормативно-правовой базы; представляются концептуальные положения выравнивания финансовых условий осуществления территориальных программ государственных гарантий

оказания бесплатной медицинской помощи на субъектном уровне; раскрывается содержание методики целевого структурирования государственно-частного партнерства в здравоохранении; представляются методические рекомендации по инновационно-программным модификациям системы охраны здоровья с целью достижения установленных назначений.

В *заключении* приводятся основные выводы и рекомендации по результатам выполненного диссертационного исследования.

В *приложениях* представлены вспомогательные материалы, иллюстрирующие и дополняющие отдельные положения диссертационной работы.

## **II Основные положения диссертационного исследования, выносимые на защиту**

**1 Обоснованы социально-экономическое содержание и существенные характеристики финансово-страхового механизма здравоохранения как системы управления финансовыми отношениями, организуемыми государством и хозяйствующими субъектами в сфере охраны здоровья в соответствии с объективно действующими экономическими законами в ходе перераспределения финансовых ресурсов.**

В ходе диссертационного исследования расширено теоретическое представление финансово-страхового механизма здравоохранения как совокупности процессов, из которых формируются социальные, политические, экономические и финансовые явления, реализующиеся в сфере охраны здоровья населения. Посредством финансово-страхового механизма обеспечивается реальное воплощение социальных гарантий, выполнение значимой части которых производится при поддержке государства с использованием бюджетного и страхового принципов. В частности, гарантии, закрепленные в Основном Законе государства, в число которых включается и право на охрану здоровья граждан. Практическая реализация осуществляется в виде государственных гарантий бесплатной медицинской помощи населению страны и конкретных субъектов Российской Федерации. Методологический подход дает основание утверждать, что финансово-страховой механизм здравоохранения выступает в виде объединения элементов, совершающих определенные действия и участвующих в комплексном процессе охраны здоровья нации.

Общеизвестно, что экономическими законами регулируются процессы и явления, включая финансовые отношения, измеряемые определенными параметрами, установленными научными исследованиями или опытом. В число основополагающих законов экономической наукой включается стремление к наиболее полному удовлетворению потребностей общества. Из последнего следует, что сфера здравоохранения, производящая медицинские услуги, предоставляемые нуждающимся членам общества, полностью соответствует этому направлению. Следовательно, и финансово-страховой механизм здравоохранения выстраивается с учетом возможности удовлетворения обозначенной общественной потребности. Закон постоянного возвышения потребностей коррелируется с необходимостью увеличения производства как материальных, так и социальных благ. Применительно к сфере охраны здоровья наблюдается разрыв между первоочередной значимостью потребности получения медицинских услуг и объемом финансовых ресурсов, выделяемых обществом, с целью ее удовлетворения.

На основе авторской модернизации методологии финансово-страховой механизм здравоохранения в комплексной характеристике подразумевает совокупность организационных структур и конкретных форм хозяйствования, институциональных норм, методов и инструментов, посредством которых общество, используя экономические теории и экономические законы, организует систему охраны здоровья человека. Основы финансово-страхового механизма здравоохранения закладываются государством. Доказано, что действует прямая зависимость между организацией финансово-страхового механизма здравоохранения и задачами государства в сфере охраны здоровья граждан, которые решаются на определенных этапах социально-экономического развития страны.

В общем контексте исследования установлено воздействие ряда факторов на финансово-страховой механизм. Среди них численность субъектов, участвующих в организации, предоставлении и удовлетворении потребности в медицинских услугах, и их относительная независимость. Последовательно проявляется фактор, характеризующий уровень индивидуализации медицинских услуг. Разнообразие их ассортимента обеспечивает удовлетворение наиболее широкого круга потребностей в медицинских услугах. Определено действие внешних ограничений в процессе функционирования финансово-страхового механизма здравоохранения. Под этим понимается, в первую очередь, государственное регулирование.

Обоснованный авторской позицией объединенный факториал финансово-страхового механизма представляет собой совокупность существенных обстоятельств, способствующих совершенствованию, раз-

витию и эффективному функционированию здравоохранения. Трансформация организационной составляющей обеспечивает формирование здорового образа жизни граждан и оказание им качественной бесплатной медицинской помощи в виде государственных гарантий. Ресурсным обеспечением объединяется финансовое, материально-техническое и технологическое направление. Развитие инфраструктуры и ресурсного обеспечения осуществляется на базе инновационных и стандартизированных решений. Доказано, что каждый фактор, являясь элементом взаимодействия, выступает во взаимозависимости и взаимоопределении значимости охраны здоровья в общественной системе и социальных процессах.

Выявление в ходе диссертационного исследования внутреннего содержания наиболее значимых факторов позволяет констатировать – финансово-страховой механизм здравоохранения, организуя финансовые отношения, приводит в динамичное движение финансовые ресурсы. В формализованном порядке осуществляется финансовое и страховое обеспечение. При этом движение денежных средств идет в рамках финансового регулирования. Его значение обуславливается уровнем экономического развития общества и государственной политикой в сфере охраны здоровья (рисунок 1).



Рисунок 1 – Агрегативность финансово-страхового механизма здравоохранения

Признание многозначности внутреннего содержания и структуры финансового механизма позволяет выстроить агрегативную характеристику финансово-страхового механизма здравоохранения.

## **2 Определены модульно-функциональная позиция и принципы действия финансово-страхового механизма здравоохранения в ходе удовлетворения общественной потребности в медицинских услугах на основе финансовой эквивалентности.**

Методологический подход, основанный на структурировании, позволяет предложить модульную конструкцию финансово-страхового механизма здравоохранения, включающую организационно-управленческий, планово-финансовый и контрольный модули. Модульность допускает ранжирование функций и разработку рекомендаций по уровню финансовой ресурсообеспеченности. В ходе исследования производится представление функций как назначения, что допускает рассмотрение финансово-страхового механизма здравоохранения в соответствии с направлением его функционирования в ходе решения задач, определенных общественным развитием и регламентированных государством.

В практическом воплощении функционал служит определенным целям и имеет прикладной характер. В авторской трактовке функции выступают как внешнее проявление финансово-страхового механизма в совокупной системе финансовых и страховых отношений. Посредством функций осуществляется реализация определенных организационно-финансовых решений, принимаемых в процессе функционирования финансово-страхового механизма. Среди функций выделяются рисковая и селективная функции, что подразумевает масштабирование рисков по видам, по порядку проведения страховых операций с учетом их формы. Прямая взаимосвязь между финансами и страхованием проявляется посредством формирования специализированных страховых фондов. Функция возмещения ущерба находит свое воплощение в ходе использования фондов денежных средств. Аналогична по содержанию компенсационная функция: лечебно-профилактическим учреждениям покрываются расходы, произведенные на оказание медицинской помощи гражданам. Предупредительной функцией подтверждается участие в превентивных мероприятиях, предупреждающих ухудшение состояния здоровья человека.

Инновационный функционал, как установлено исследовательскими положениями, поддерживается посредством выделения финансовых ресурсов для разработки и внедрения высокотехнологических видов медицинских услуг. Независимо от источников финансирования инновационность в здравоохранении представляется в качестве первоочередной задачи. Выделение социальной функции обусловливается общественной значимостью здравоохранения. Это определяет первоочередность финансирования мероприятий по охране здоровья детей, женщин, лиц старшего возраста, что, соответственно, связано с повы-



шенным объемом расходования денежных средств. Как свидетельствует научно-практический опыт, социальный функционал не должен вступать в противоречие с объемом финансовых ресурсов. Обеспечение сбалансированности социальных и финансовых составляющих является важнейшей задачей финансовой науки и практики в сфере охраны здоровья человека. Установлено, что значимой является и контрольная функция. Действие финансово-страхового механизма в ходе проведения внешнего и внутреннего системного контроля связано с выяснением рациональности расходования денежных средств, выделенных на охрану здоровья граждан.

В ходе диссертационного исследования выделяются принципы функционирования финансово-страхового механизма здравоохранения. По авторской трактовке, они выстраиваются как исходные установки его действия в соответствии с общими и специфическими чертами финансов и страхования. Ведомственный принцип закладывается в распределение финансовых ресурсов по системе здравоохранения.

Принцип передачи риска ущерба реализуется посредством уплаты страхователем страхового взноса страховщику и формирования страхового фонда в целях возмещения возможных потерь. Дополнением служит принцип страхуемости риска. В процессе функционирования финансово-страхового механизма здравоохранения действие этого принципа может представляться в виде риска как вероятности распределения результатов жизнедеятельности человека в сфере благоприятных и неблагоприятных отклонений от здорового состояния. Принцип объединения риска предполагает концентрацию вероятных потерь на определенном уровне хозяйствования. Принцип солидарности, широко применяемый в страховании, в ходе функционирования финансово-страхового механизма здравоохранения проявляется в трансформированном виде. Каждый субъект, участвующий в формировании совокупного объема финансовых ресурсов здравоохранения, вносит определенный денежный платеж на основании обязательств или добровольности.

В развитии выстраивается принцип присутствия страхового интереса. Общество и каждый его член должны быть заинтересованы в сохранении общественного и личного здоровья. Следовательно, заинтересованность проявляется как на государственном, так и на персональном уровне. Принцип территориального и временного перераспределения основывается в своем действии на различиях территорий по уровню финансовой обеспеченности и заболеваемости населения. Принцип причинно-следственной связи устанавливает взаимную зависимость между количественными и качественными показателями, характеризующими деятельность лечебно-профилактических учреждений.

Принцип финансовой эквивалентности обуславливает процесс формирования фондов денежных средств в соответствии с необходимостью удовлетворения потребностей членов общества в медицинских услугах. Как установлено, совокупное удовлетворение данных потребностей должно быть сбалансировано с объемом аккумулированных финансовых ресурсов (бюджет, внебюджет). Должна достигаться эквивалентность суммы сконцентрированных денежных средств и соответствующих затрат на оказание медицинских услуг.

**3 Сформулированы и аргументированно доказаны концептуальные положения сбалансированности финансового обеспечения государственных гарантий оказания медицинской помощи с установкой целевых значений, оптимизацией расходов и достижением социально-экономических результатов деятельности здравоохранения региона в сочетании с солидарными принципами медицинского страхования.**

Функционирование финансово-страхового механизма обуславливается организационными, экономическими и правовыми основами в сфере охраны здоровья граждан. Каждая из них содержит финансовую составляющую. Реализация этих положений предполагает действие соответствующих финансовых инструментов и движение необходимого объема финансовых ресурсов. Продemonстрировано, что действует взаимосвязь между основными показателями уровня и качества жизни населения и финансовым обеспечением системы охраны здоровья. Установлена прямая зависимость между продолжительностью жизни граждан и динамикой доли расходов на здравоохранение в ВВП (рисунок 2).

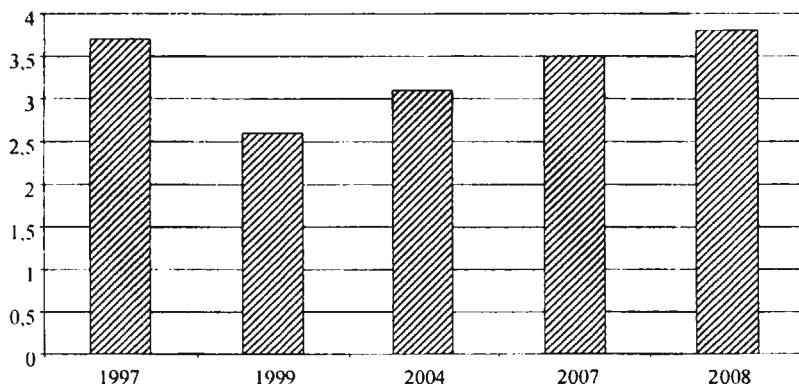


Рисунок 2 – Доля расходов на здравоохранение в ВВП в Российской Федерации (1997–2008 гг.), %

Снижение доли расходов на здравоохранение в ВВП на 1/3 в 1999 г. по сравнению с 1997 г. одновременно привело к снижению продолжительности жизни почти на два года. Увеличение удельного веса расходов на здравоохранение в период 2005–2007 гг. на 1/10 сформировало положительную динамику по росту продолжительности жизни граждан России. В 2008 г. удалось восстановить докризисный уровень долевого показателя расходов на здравоохранение в национальном ВВП. Следовательно, предлагаемые мероприятия по совершенствованию финансово-страхового механизма здравоохранения имеют глубокое социально-экономическое значение.

В рамках модернизации действующего порядка финансирования здравоохранения предусматривается перевод здравоохранения и ОМС на преимущественно страховые принципы. Подразумевается, что бюджетно-страховая система финансирования должна преобразовываться в страховую модель. В диссертационном исследовании обоснована противоречивость данного процесса, особенно в части обеспечения сбалансированности финансовых ресурсов, формируемых из различных источников, в том числе и бюджетных, предназначенных для территориальных программ ОМС. Вместе с тем подтверждается позитивность превращения страховых медицинских организаций в реально заинтересованных субъектов, имеющих прямой экономический интерес в защите прав граждан и в эффективном использовании финансовых ресурсов. В совокупности рассматриваемые мероприятия и их реализация, как подтверждено результатами исследования, направлены на положительные изменения финансово-страхового механизма здравоохранения.

В ходе диссертационного исследования, по данным Министерства здравоохранения и социального развития РФ, проанализированы состав и динамика источников финансирования здравоохранения в прогнозируемом периоде (2010–2020 гг.) (таблица 1).

Таблица 1 – Состав расходов бюджетной системы Российской Федерации на здравоохранение (2010–2020 гг.)

Показатель	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2018	2020
Обязательное медицинское страхование	1 335,6	1 685,9	1 807,3	2 076,5	2 372,4	2 682,9	3 672,7	4 453,9
Бюджеты субъектов РФ и муниципальных образований	701,0	809,6	936,6	1 070,4	1 216,9	1 369,9	1 854,1	2 235,2
Федеральный бюджет	521,7	550,4	711,9	798,2	920,6	1 059,9	1 712,5	2 271,1
<i>Всего</i>	<i>2 558,3</i>	<i>2 912,5</i>	<i>3 455,8</i>	<i>3 945,1</i>	<i>4 510,0</i>	<i>5 112,6</i>	<i>7 239,3</i>	<i>8 960,2</i>

Авторской позицией подтверждается рост стоимостных показателей, что демонстрирует сближение динамики объема расходов федерального бюджета и бюджетов субъектов России, муниципальных об-

разований. Выявлена устойчивая тенденция увеличения объемов денежных средств, направляемых через систему ОМС, что соответствует стратегическому направлению усиления ее значимости в финансовом обеспечении охраны здоровья граждан.

Финансирование социальных приоритетов в рамках расходных обязательств консолидированного бюджета РФ увеличилось в 3,4 раза. Приоритетность как характеристика реализуется в рамках национального проекта «Здоровье». В период 2009–2012 гг. продолжится реализация ПНП «Здоровье». Определены ведущие направления с установлением объемов финансового обеспечения: формирование здорового образа жизни; развитие первичной медико-санитарной помощи и совершенствование профилактики заболеваний; повышение доступности и качества специализированной медицинской помощи; совершенствование медицинской помощи матерям и детям (таблица 2).

Таблица 2 – Финансирование мероприятий приоритетного национального проекта «Здоровье» (2009–2012 гг.), млрд р.

Направление	2009	2010	2011	2012	2009–2012
Формирование здорового образа жизни	0,8	1,0	1,0	1,0	3,8
Развитие первичной медико-санитарной помощи и профилактики	60,4	66,7	74,8	73,9	275,8
Денежные выплаты медицинскому персоналу первичного звена	34,5	34,8	34,8	34,8	138,9
Профилактические программы. Диспансеризация взрослого населения	6,9	6,3	6,1	6,1	25,4
Профилактика инфекционных заболеваний	16,2	21,7	29,3	30,6	97,8
Обследование населения (туберкулез)	2,8	3,9	4,6	2,4	13,7
Повышение доступности и качества специализированной (высокотехнологичной) медицинской помощи	59,7	61,1	67,8	84,9	273,5
Заболевания сосудов	3,1	3,1	3,4	5,9	15,5
Дорожно-транспортные происшествия	2,6	3,4	3,2	5,9	15,1
Онкологические заболевания	6,8	7,4	8,1	7,1	29,4
Высокотехнологичная медицинская помощь	43,0	42,7	48,9	62,7	197,3
Служба крови	4,2	4,5	4,2	3,3	16,2
Совершенствование медицинской помощи матерям и детям	27,9	28,8	27,4	34,3	118,4

Формирование и рационализация функционирования финансово-страхового механизма здравоохранения осуществляется в условиях внедрения одноканального финансирования медицинской помощи. Одновременно уточняются объемы государственных гарантий оказания бесплатной медицинской помощи. Авторской научно-практической позицией подтверждается двойственность этого процесса, что обуславливает необходимость системного подхода к выравниванию финансовых

условий осуществления территориальных программ госгарантий на субъектном уровне.

Минимальный подушевой норматив и численность населения формируют показатель средств, необходимых для реализации базовой программы ОМС в конкретном субъекте РФ. Последовательно должно проводиться сравнение с доходной базой системы ОМС, формирующейся за счет обязательных взносов работодателей и взноса субъекта России по неработающему населению. Если дальнейшее сравнение демонстрирует превышение потребности по сравнению с объемом доходов, это свидетельствует о дефиците базовой программы ОМС. Собственно система выравнивания финансовых условий позволяет определить совокупный объем денежных средств, который необходим субъекту РФ для осуществления базовой программы ОМС для населения региона. Подключение математического обоснования демонстрирует внутреннее содержание этого процесса:

$$S = N \times F, \quad (1)$$

где  $N$  – минимальный подушевой норматив;  $F$  – численность населения, проживающего на территории конкретного субъекта РФ;  $S$  – совокупный объем денежных средств, необходимых для реализации базовой программы ОМС.

$$H = V_r + V_b, \quad (2)$$

где  $H$  – совокупные доходы системы ОМС, формируемые конкретным субъектом РФ;  $V_r$  – обязательные взносы работодателей по ОМС;  $V_b$  – обязательные взносы субъекта России по ОМС неработающего населения.

$$S > H; \quad (3)$$

$$D = S - H, \quad (4)$$

где  $D$  – дефицит базовой программы ОМС.

Чрезвычайно важно установление источников покрытия дефицита:

$$D = T_{fb} + T_{fomc}, \quad (5)$$

где  $T_{fb}$  – средства федерального бюджета;  $T_{fomc}$  – федеральный фонд ОМС.

Подтверждается целесообразность трансформации дотационного порядка выравнивания условий базовой программы ОМС по субъектам

России в трансфертный. Доказывается, что внедрение трансфертной формы приведет к реальному сокращению подушевых расходов до 20–30% по отношению к минимальному подушевому нормативу.

Финансово-страховой механизм здравоохранения объединяет источники финансирования сферы охраны здоровья в консолидированном масштабе. В диссертационном исследовании рассмотрены состав и структура единого фонда финансовых ресурсов здравоохранения Свердловской области за период 2002–2008 гг.; проведен анализ роста стоимостных и структурных показателей по каждому из источников формирования фонда (таблица 3).

Таблица 3 – Динамика единого фонда финансовых ресурсов здравоохранения Свердловской области (2002–2008 гг.), млн р./%

Источники	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>Бюджет</b>	<b>4 505,0</b>	<b>5 976,0</b>	<b>7 747,6</b>	<b>9 307,4</b>	<b>13 410,9</b>	<b>17 518,1</b>	<b>22 287,1</b>
удельный вес	53	55	55	52	52	51	53
В том числе:							
областной	1 553,0	2 174,0	2 952,8	4 260,5	6 352,7	8 814,7	11 029,4
удельный вес	18	20	21	24	26	26	26
местные	2 952,0	3 802,1	4 794,8	5 046,9	7 058,2	8 766,4	11 257,7
удельный вес	35	35	34	28	27	25	27
<b>Средства ОМС</b>	<b>3 010,0</b>	<b>3 633,0</b>	<b>4 984,3</b>	<b>6 683,0</b>	<b>9 191,7</b>	<b>12 031,2</b>	<b>14 480,3</b>
удельный вес	36	34	35	38	35	35	35
<b>Внебюджетные средства</b>	<b>940,0</b>	<b>1 207,0</b>	<b>1 456,7</b>	<b>1 814,4</b>	<b>2 210,6</b>	<b>2 701,5</b>	<b>3 286,5</b>
удельный вес	11	11	10	10	9	8	8
<b>Федеральный бюджет</b>					<b>1 081,4</b>	<b>2 096,1</b>	<b>1 669,4</b>
удельный вес					4	6	4
<b>Единый фонд финансовых ресурсов</b>	<b>8 455,0</b>	<b>10 816,0</b>	<b>14 188,6</b>	<b>17 804,8</b>	<b>25 894,6</b>	<b>34 409,9</b>	<b>41 723,3</b>

Определено доминирующее положение средств бюджетов (областной, местные бюджеты). В динамике их удельный вес в совокупных источниках финансовых ресурсов здравоохранения Свердловской области в 2002–2008 гг. остается на среднем уровне в 53%. За исследуемый период бюджетами различных уровней обеспечено поступление в единый фонд около 81 млрд р.

Тенденция роста поддерживается по внебюджетным средствам – увеличение абсолютных показателей более чем на 2 млрд р., что в 3,5 раза превышает начальный уровень по периоду исследования. Средства ОМС по удельному весу практически не изменяются, оставаясь на среднегодовом уровне в 35%, по фактическому объему средства ОМС значительно увеличились – на 11,5 млрд р., что в 4,8 раза больше, чем в 2002 г. Единый фонд финансовых ресурсов здравоохранения Свердловской области за исследуемый период возрос в 5 раз.

В настоящее время национальная экономика и социальная сфера, включая систему охраны здоровья, функционируют в сложных финансовых условиях. Программой антикризисных мер в РФ предусматривается в качестве приоритета выполнение социальных обязательств государства перед гражданами. Под воздействием кризисных явлений находится выполнение программы государственных гарантий и функционирование системы ОМС.

В ходе исследовательской и практической деятельности автором аргументируются концептуальные положения программы антикризисных мер, адекватных целевому назначению стабилизации финансового и ресурсного обеспечения здравоохранения Свердловской области. В рамках антикризисных мер принимаются важные организационно-финансовые решения. Целесообразным стало формирование оперативного органа (антикризисной комиссии), вырабатывающего и внедряющего решения по оптимизации использования финансового и ресурсного потенциала здравоохранения региона. Оптимизационный подход применен в процессе использования лимитов бюджетных обязательств Министерства здравоохранения Свердловской области как главного распорядителя бюджетных средств. Предусматривается централизация части бюджетных расходов по областным учреждениям здравоохранения.

В Свердловской области при прямом участии автора разработан и внедрен финансовый мониторинг деятельности областных государственных и муниципальных учреждений здравоохранения. Установлено внутреннее содержание данного процесса, состоящее в контроле за важнейшими показателями функционирования учреждений здравоохранения региона. Аргументировано представление показателей в стоимостном выражении, так как они демонстрируют финансовую устойчивость областных государственных и муниципальных учреждений Свердловской области. Средства соответствующего бюджета указываются в соответствии с месячным кассовым планом и по кассовому исполнению на отчетный период. По средствам ОМС указывается сумма счетов, предъявленных медицинским учреждением страховым медицинским организациям, и кассовое исполнение; по средствам от платных услуг – сумма в аналогичном порядке; при наличии задолженности по выплате заработной платы – сумма и соответствующий источник финансирования (бюджет, ОМС, внебюджет); аналогично при наличии задолженности по оплате за коммунальные услуги, медикаменты, расходные материалы и продукты питания. Установлен норматив текущего запаса медикаментов, расходных материалов и продуктов питания.

Обосновано финансово-организационное решение по реструктуризации медико-экономических стандартов. Это преобразование обусловливается необходимостью устранения дефицита финансирования в системе ОМС. Разработка современных медико-экономических стандартов послужит более экономному расходованию денежных средств на оказание медицинской помощи.

Авторскими выводами подтверждается целесообразность формирования региональной модели медицинской помощи населению субъекта РФ в целях решения экономических, социальных и финансовых задач современного периода. В рамках совершенствования финансово-страхового механизма здравоохранения в состав основных элементов должны включаться нормативные потребности населения в медицинской помощи, построение поэтапной вертикали организации медицинского обслуживания с учетом межмуниципального взаимодействия и потоков пациентов, оптимизация финансовых ресурсов, аккумуляруемых из различных источников, рационализация кадрового состава и мощностей медицинских учреждений, установление приоритета по амбулаторно-поликлинической помощи и профилактическим мероприятиям. Применительно к организационно-финансовым преобразованиям кризисного периода установлено, что они должны обеспечивать доступность медицинских услуг населению региона в соответствии с территориальной программой государственных гарантий бесплатной медицинской помощи. Комплекс антикризисных мер служит стабилизации финансового и ресурсного обеспечения системы охраны здоровья граждан на национальном и региональном уровнях.

**4 Предложена и апробирована макродинамическая модель добровольного медицинского страхования с представлением принципиальной схемы реализации и экономической детерминированностью условий.**

Обоснована авторская позиция, рассматривающая формирование классических условий медицинского страхования в добровольной форме, осуществление страховых операций по рисковому краткосрочному стандарту, действие типовых условий, установление государственных гарантий на бесплатную медицинскую помощь в качестве основы масштабного распространения ДМС в РФ.

Отмечено, что базовым звеном комплексной модели ДМС является страховой тариф. Его расчет проводится с учетом специфики реализации программ ДМС. Установлена дифференциация страховых тарифов, обусловленная основными, дополнительными и специализированными условиями программ ДМС. В расчетах страховых тарифов допустимы корректировки в зависимости от формы договора страхования



(коллективный, индивидуальный): возрастной группы застрахованных. Страховщиками должна широко применяться коэффициентная база, устанавливающая прямую зависимость условий страхования от объема, качества медицинских услуг, категории медицинского учреждения.

Актуальным направлением ДМС становится лекарственное обеспечение. Предлагается при заключении договора по лекарственному страхованию покрытие затрат застрахованных лиц на лекарственное обеспечение по амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи.

В авторской позиции масштабное распространение ДМС в РФ во многом определяется действующей законодательной базой и направлениями ее совершенствования в виде законодательно-нормативных новаций. Развитие ДМС взаимосвязано с рациональными условиями правового обеспечения всей системы в целом и обеспечения интересов каждого из участников.

В современных условиях с восстановлением темпов экономического развития национальной экономики ДМС станет востребованным условием страховой защиты социально-имущественных интересов граждан и бизнеса. Доказано, что экономическая целесообразность ДМС состоит в исключении дополнительных расходов, строгом контроле качества лечения и объема оказанных медицинских услуг. ДМС выступает мотивационным элементом корпоративной системы социальной ответственности бизнеса. Актуальным в условиях преодоления кризисных явлений и восстановления уровня экономического развития становится представление ДМС как инструмента повышения результативности и прибыльности бизнеса посредством сохранения хорошего здоровья работающих при увеличивающихся нагрузках и росте производительности труда.

Ведущие страховые организации по ДМС дифференцируются по определенным признакам: принадлежности к крупным финансово-хозяйственным объединениям, имеющим четкую отраслевую направленность деятельности; трансляции достижений в системе ОМС на сферу ДМС. В рамках научного исследования проведено параметральное ранжирование страховых организаций в регионе. Уровень развития ДМС в Уральском федеральном округе требует внедрения активных форм финансово-страхового механизма здравоохранения, способствующих расширению реальных рыночных механизмов и сохранению социальной значимости охраны здоровья граждан РФ.

Обоснована активизация деятельности страховых организаций, реализующих программы ДМС, системы контроля качества медицинских услуг. Создается реальная возможность влияния на соотношение

«стоимость медицинской услуги – качество – сервис». На основе этого процесса рационализируется соотношение высокого качества обслуживания в совокупности с оптимизацией денежных затрат и минимизацией стоимости ДМС. В программных документах ДМС должна представляться позиция взаимодействия с другими стандартами оказания медицинской помощи. Так, регламентируется, что программа ДМС осуществляется сверх территориальной программы ОМС.

Выявлена вариативность программ ДМС по определенным форматам. Критерием служит набор медицинских услуг по видам, процедурам и методам лечения. Подтверждено, что большинство форматов программ ДМС содержат в качестве видов медицинских услуг амбулаторно-поликлиническую помощь и стационарное обслуживание. Выделение специализированных условий существенно расширит покрытие потребностей застрахованных лиц в медицинских услугах. Установлено, что расширение условий по программам ДМС может аккумулировать риски страховщика. Это соответственно требует строгого соблюдения требований по финансовой устойчивости, их постоянного контроля.

Развитие системы ДМС при соответствующей государственной поддержке служит развитию форм доступности и финансирования медицинских услуг. Обосновывается поддержание государством солидарных принципов финансово-страхового механизма здравоохранения. В перспективе это расширит доступность для граждан России полного спектра медицинской помощи. Распространение субсидируемого ДМС, лекарственного страхования с частичным участием граждан, целевые программы ДМС (национального и муниципального уровня) способствуют обеспечению доступности качественной медицинской помощи для широких слоев населения. Принятие государственных решений по развитию солидарного подхода в сфере охраны здоровья послужит притоку финансовых ресурсов в отрасль в виде средств бизнеса и граждан.

**5 Разработана методика целевого структурирования государственно-частного партнерства в здравоохранении с трансформацией источников финансирования и разделением рисков между государством и бизнесом в ходе формирования и эксплуатации инфраструктуры системы охраны здоровья населения.**

Современная экономическая ситуация обуславливает значительные трансформации в социальном секторе общества. Передача социальных объектов в долгосрочное пользование бизнес-структурам настоятельно требует совершенствования нормативно-законодательной базы и решения широкого круга вопросов экономического содержания.

В авторской позиции основная функциональная нагрузка и финансовая ответственность бизнеса в здравоохранении может рассматриваться по нескольким ведущим направлениям. Первоначально это участие частного капитала в доведении государственных денежных средств до лечебно-профилактических учреждений как поставщиков медицинской помощи. Последовательно целесообразно участие частного капитала в финансировании инфраструктуры здравоохранения. Функционирование частных клиник (медицинских центров) и центров профилактики расширяет сферу медицинских услуг. Экономически значимо совместное финансирование государством и частным капиталом строительства социально-медицинской инфраструктуры.

В ходе реализации научно-практических решений доказано, что в рамках государственно-частного партнерства необходимо определение общих условий сотрудничества между государством и бизнесом. Допустимо включение в их состав преемственности социально-политического курса и неизменности стандартов взаимодействия. Гарантийные обязательства должны обеспечивать выполнение принятых решений. Предлагается обеспечение сбалансированности рисков и их адекватное распределение между участниками конкретных сделок по государственно-частному партнерству. Недопустима концентрация рисков у государства, определенную их часть должно принимать на себя бизнес-сообщество.

Применительно к текущему периоду в обществе и бизнесе должно быть сформировано точное понимание сути экономических соглашений в сфере здравоохранения, так как это обусловливается трансформацией правовых, экономических, социальных и финансовых условий взаимодействия между государством и бизнес-структурами. Спрогнозирована практика их применения, возможные последствия в кратко-, средне- и долгосрочном периоде.

Государственно-частное партнерство выступает как новаторская форма материально-технического, финансового и экономического обеспечения здравоохранения в РФ. Активизация теоретических и практических разработок в этом направлении послужит сбалансированному сотрудничеству государства и бизнеса в сфере охраны здоровья российских граждан.

**6 Представлены концептуальные положения по созданию и внедрению инновационно-программных модификаций в здравоохранении, направленных на эффективное расходование средств, информатизацию и формирование здорового образа жизни населения, позволяющих обосновать объемы и структурные пропорции финансового обеспечения.**

В процессном подходе эффективность допустимо рассматривать как результат действий. Повышение эффективности функционирования здравоохранения становится важной задачей в современной экономико-социальной ситуации. В ходе диссертационного исследования обосновано, что оценка эффективности расходов бюджета должна приниматься в качестве основной задачи деятельности исполнительных органов. В практику функционирования внедряется анализ результативности всех расходов с позиции достижения конечных целей социально-экономической, финансовой и бюджетной политики. Обязательно соизмерение «цель – расходы – достигнутый результат». В сфере здравоохранения это расходы на оказание медицинской помощи и в перспективе снижение заболеваемости, смертности как результирующий показатель.

С целью повышения эффективности использования финансовых ресурсов в здравоохранении, особенно по программно-целевым направлениям, рационально осуществление сравнительных оценок приоритетных мероприятий с прогнозированием повышения показателей здоровья российских граждан в соотношении с объемами вкладываемых денежных средств.

В число программных направлений деятельности государства включены мероприятия по повышению качества жизни. Это дает основание утверждать, что финансовое обеспечение становится основой совокупности государственных и общественных мер по формированию здорового образа жизни. Начальным этапом реализации рассматриваемого программного направления предусматривается определение базовых индикативных показателей – потенциала общественного здоровья, индекса здорового образа жизни. Одновременно устанавливается объем финансового обеспечения для достижения стабилизации показателей, а в дальнейшем при наращивании финансирования – их улучшения. Обосновывается целесообразность внедрения такого порядка первоначально по «пилотным» регионам, в перспективе с расширением на всю территорию России.

В Свердловской области разработана Концепция формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний на период до 2020 г. В комплексе ресурсная компонента включает финансовые ресурсы, которые обуславливают реализацию материально-технического, организационного и административного обеспечения за счет бюджетов всех уровней и внебюджетных источников. Расширению финансовой базы также послужат совокупные интересы государственных исполнительных органов и бизнес-структур, международное сотрудничество. В концептуальном масштабе устанавливаются критерии эффективности

внедрения мероприятий. В их число включаются снижение распространенности поведенческих факторов риска, повышение уровня информированности и мотивации населения к здоровому образу жизни, экономическая оценка сопоставимости результатов и произведенных расходов.

Представлением концептуальных положений по созданию и внедрению инновационно-программных направлений предусматривается программно-целевой подход, предполагающий формирование и осуществление государственных целевых программ на региональном уровне. В Свердловской области разработана при активном участии автора областная государственная целевая программа «Здоровье работающего населения Свердловской области на 2009–2011 гг.». Значительный объем денежных средств за счет бюджетных и внебюджетных источников выделяется на разработку и реализацию региональных целевых программ («Мать и дитя», «Интенсивная помощь», «Вакцинопрофилактика», «Совершенствование медицинской помощи жителям сельских поселений», «Школьная медицина на 2009–2011 гг.», «Качественное питание» и др.); организацию и проведение массовых акций профилактической направленности («3000 шагов к здоровью», «Здоровье каждого – здоровье России», «Знай свое давление и вес» и др.).

В программно-целевом подходе подтверждается значимость согласования объемов расходов с соотносением по конкретному мероприятию; определение результатов, достигаемых в ходе выполнения целевой программы по этапам и социально-экономическим последствиям. Это подтверждает возможность в ходе выполнения программы производить текущий и последующий финансовый контроль; позволяет провести оценку социально-экономической эффективности реализации конкретной программы.

Диссертационным исследованием обосновывается обязательность финансового обеспечения реализации принципа инновационности финансово-страхового механизма здравоохранения. В сфере здравоохранения с целью повышения качества медицинской помощи должна постоянно поддерживаться заинтересованность отраслевых исполнительных органов и медицинских учреждений во внедренческой деятельности по новым медицинским технологиям и освоению современного медицинского оборудования. Выделение соответствующих финансовых ресурсов выступает в качестве определяющего компонента инновационности в здравоохранении. Этому должен способствовать усовершенствованный финансовый механизм, активизирующий научно-внедренческие инициативы медицинских учреждений.

Инновационная модель развития здравоохранения определяется рядом важнейших позиций. В числе первостепенных – взаимодейст-

ние, которое воплощается через прямое взаимодействие системы охраны здоровья населения, медицинской и финансовой науки. Сопоставление потребностей и финансирования раскрывается посредством определения приоритетных медицинских исследований с дальнейшим их внедрением в практику деятельности лечебно-профилактических учреждений. Утверждается рациональность концентрации финансовых ресурсов на решении актуализированных задач здравоохранения в сочетании с формированием государственного задания.

Продолжением программного ряда является программа информатизации здравоохранения. Ведущей среди программных задач выступает упорядочение системы финансирования отрасли в целом и каждого конкретного медицинского учреждения. Комплексная информация по персонифицированному учету оказания медицинской помощи будет содействовать анализу и прогнозированию определяющих показателей текущего состояния и перспектив развития здравоохранения. В дополнение внедряется мониторинг финансовых потоков по отраслевому, субъектному и конкретизированному масштабу с выделением затрат на медицинскую помощь, оказанную по программе государственных гарантий.

Научно-практический опыт автора подтверждает необходимость формирования единого подхода к внедрению и активному применению информационно-коммуникационных технологий среди всех субъектов системы охраны здоровья населения России. Повсеместная информатизация национального здравоохранения позволит в оперативном режиме принимать организационно-финансовые решения отраслевого, территориального и конкретного масштаба.

Государственными решениями поддерживается масштабное внедрение программно-целевого подхода. Как подтверждается аналитическими исследованиями, программно-целевой подход является формой финансового контроля, содействует реальной рационализации фактического расходования денежных средств, охватывает медико-технологический сектор, организацию медицинской помощи и рационализацию системы управления, служит совершенствованию финансово-страхового механизма здравоохранения.

### **III Основные положения диссертационного исследования опубликованы в следующих работах**

#### ***Публикации в изданиях, рекомендуемых ВАК РФ***

1 *Климин, В. Г.* Теоретические и финансово-организационные основы медицинского страхования / В. Г. Климин, Е. Г. Князева // Известия Уральского государственного экономического университета. 2006. № 5(17). - 0,5/0,3 п.л.

2 *Климин, В. Г.* Приоритетные направления развития регионального здравоохранения / В. Г. Климин // Экономика региона. Приоритетные национальные проекты: итоги и перспективы. 2008. № 2(14). - 1,0 п.л.

3 *Климин, В. Г.* Экономическая детерминированность добровольного медицинского страхования / В. Г. Климин // Известия Уральского государственного экономического университета. 2009. № 1(23). - 0,6 п.л.

4 *Климин, В. Г.* Структурная модификация условий добровольного медицинского страхования / В. Г. Климин // Финансы и кредит. 2009. № 21. - 0,6 п.л.

5 *Климин, В. Г.* Государственно-частное партнерство в отрасли здравоохранения / В. Г. Климин // Финансы и кредит. 2009. № 48. - 0,6 п.л.

6 *Климин, В. Г.* Проблемы стабилизации финансового и ресурсного обеспечения здравоохранения региона / В. Г. Климин // Известия Уральского государственного экономического университета. 2009. № 4(26). - 0,6 п.л.

7 *Климин, В. Г.* Управление социально-демографической ситуацией на уровне субъекта Российской Федерации / В. Г. Климин, О. П. Ковтун, Н. Н. Кивелева, А. А. Лутков // Социально-демографическая безопасность России / под ред. В. А. Черешнева, А. И. Татаркина. Екатеринбург: ИЭ УрО РАН, 2008. - 54,0/2,3 п.л.

8 *Климин, В. Г.* Социально-демографическая безопасность и ее роль в социально-демографическом развитии регионов. Методический инструментарий диагностики влияния качества жизни на безопасное и устойчивое социально-экономическое развитие региона / В. Г. Климин, О. П. Ковтун, В. А. Власов, Е. Э. Лайковская // Качество жизни и экономическая безопасность России / под ред. В. А. Черешнева, А. И. Татаркина. Екатеринбург: ИЭ УрО РАН, 2009. - 74,0/4,6 п.л.

## **Монографии**

9 *Климин, В. Г.* Финансово-организационный механизм солидарного медицинского страхования / В. Г. Климин. Екатеринбург: Изд-во АМБ, 2007. – 10,8 п.л.

10 *Климин, В. Г.* Экономико-социальное содержание солидарного медицинского страхования / В. Г. Климин // Проблемы экономики и управления предприятиями, отраслями, комплексами / под общ. ред. С. С. Чернова. Новосибирск: ЦРНС; Изд-во «СИБПРИНТ», 2008. Кн. 2. – 16,5/1,0 п.л.

11 *Климин, В. Г.* Комплексная макродинамическая модель добровольного медицинского страхования / В. Г. Климин // Факторы устойчивого развития регионов России / под общ. ред. С. С. Чернова. Новосибирск: ЦРНС; Изд-во «СИБПРИНТ», 2009. Кн. 3. – 14,9/1,0 п.л.

12 *Климин, В. Г.* Добровольное медицинское страхование / В. Г. Климин, А. Б. Блохин, Н. В. Брыксина. Екатеринбург: АНО «Вестн. Урал. мед. акад. науки», 2009. – 5,3/4,2 п.л.

13 *Климин, В. Г.* Страховой механизм финансового обеспечения здравоохранения / В. Г. Климин. Екатеринбург: УрО РАН, 2009. – 19,0 п.л.

## **Статьи и материалы в прочих изданиях**

14 *Климин, В. Г.* Первый опыт разработки и использования информационно-программной системы в практике работы страховой компании, функционирующей в системе обязательного медицинского страхования / В. Г. Климин, М. И. Мильштейн // Вестник Уральской государственной медицинской академии. Екатеринбург: Изд. УГМА, 1995. – 0,3/0,2 п.л.

15 *Климин, В. Г.* Новые технологии в организации финансирования медицинских учреждений в условиях обязательного медицинского страхования / В. Г. Климин // Новые высокие технологии. Екатеринбург: АТН РФ, 1995. – 0,6 п.л.

16 *Климин, В. Г.* Анализ финансовой емкости лечебно-профилактических учреждений в системе ОМС / В. Г. Климин, Е. Г. Князева // Финансы, денежное обращение и кредит: науч. зап. Екатеринбург: Изд-во Урал. гос. экон. ун-та, 1996. Вып. 2. – 0,5/0,3 п.л.

17 *Климин, В. Г.* Реформа финансового обеспечения здравоохранения / В. Г. Климин, Е. Г. Князева, С. А. Токмашев // Финансы, денежное обращение и кредит: науч. зап. Екатеринбург: Изд-во Урал. гос. экон. ун-та, 1997. Вып. 3. – 0,6/0,5 п.л.

18 *Климин, В. Г.* Пакетное страхование – новый этап в развитии медицинского страхования в России / В. Г. Климин, Ф. И. Бадаев,



Г. Р. Коморник // Вестник Уральской медицинской академической науки. 2003. – 0,75/0,6 п.л.

19 *Климин, В. Г.* Развитие добровольного страхования рисков для здоровья населения в связи с неблагоприятной санитарно-эпидемиологической обстановкой / В. Г. Климин, В. Б. Гурвич, Б. И. Никонов // Вестник Уральской медицинской академической науки. Спец. выпуск. 2003. – 1,0/0,8 п.л.

20 *Климин, В. Г.* Сравнительный анализ уровня оказания медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования по результатам медико-страховой экспертизы в 2001–2002 гг. по территории обслуживания ЗАО «Страховая компания «Мединком» / В. Г. Климин, Н. И. Вяликова, А. Г. Шандалов // Вестник Уральской медицинской академической науки. 2003. – 1,13/1,0 п.л.

21 *Климин, В. Г.* Адаптивность институциональных и финансовых основ медицинского страхования / В. Г. Климин, Е. Г. Князева // Вестник Уральской медицинской академической науки. 2005. № 3. – 0,4/0,3 п.л.

22 *Климин, В. Г.* Пакетное медицинское страхование как возможный механизм реализации профилактического направления национального проекта «Здоровье» в РФ / В. Г. Климин, Ф. И. Бадаев, В. А. Фрейз // Вестник Уральской медицинской академической науки. 2005. № 3. – 0,4/0,3 п.л.

23 *Климин, В. Г.* Проблемы и пути обеспечения страховой защиты населения, подверженного негативному воздействию факторов среды обитания, в целях управления риском для здоровья / В. Г. Климин, В. Б. Гурвич, С. В. Кузьмин // Вестник Уральской медицинской академической науки. 2005. № 3. – 0,7/0,6 п.л.

24 *Климин, В. Г.* Защита прав застрахованных как инструмент реализации социальной политики государства / В. Г. Климин, И. Г. Устинова, А. Г. Шандалов // Вестник Уральской медицинской академической науки. 2005. № 3. – 0,63/0,5 п.л.

25 *Климин, В. Г.* Финансовая модель медицинского страхования в агропромышленном комплексе / В. Г. Климин // Продовольственная безопасность в системе народосбережения. Екатеринбург: Изд-во Урал. гос. экон. ун-та, 2006. – 0,2 п.л.

26 *Климин, В. Г.* Пакетное медицинское страхование – фактор насущный / В. Г. Климин // Развитие здравоохранения на региональном и муниципальном уровнях. 2006. – 0,8 п.л.

27 *Климин, В. Г.* Роль медицинского страхования в развитии социально ориентированного бизнеса / В. Г. Климин, А. Ю. Казак // Вест-

ник Уральской медицинской академической науки. Екатеринбург. 2006. № 4. – 0,5/0,4 п.л.

28 *Климин, В. Г.* Рациональный подход к финансированию здравоохранения с использованием медицинского страхования / В. Г. Климин // Демография – общество – человек в условиях формирования новой экономики: в 2 ч. Екатеринбург: Изд-во Урал. гос. экон. ун-та, 2007. Ч. 2. – 0,1 п.л.

29 *Климин, В. Г.* Адаптивность теоретических и экономико-финансовых основ медицинского страхования / В. Г. Климин // Фундаментальные исследования. 2007. № 12. Ч. 2. – 0,3 п.л.

30 *Климин, В. Г.* Теоретико-аспектный подход к определению сущности обязательного медицинского страхования / В. Г. Климин // Успехи современного естествознания. 2007. № 12. – 0,3 п.л.

31 *Климин, В. Г.* Основы финансового обеспечения здравоохранения в Свердловской области / В. Г. Климин // Новая экономика: вызовы, тенденции, реализуемость. Екатеринбург: Изд-во Урал. гос. экон. ун-та, 2008. – 0,2 п.л.

32 *Климин, В. Г.* Медицинское страхование в финансово-институциональной структуре национального хозяйства / В. Г. Климин, Е. Г. Князева // Финансы, денежное обращение и кредит: науч. зап. Екатеринбург: Изд-во Урал. гос. экон. ун-та, 2008. Вып. 21. – 0,3/0,2 п.л.

33 *Климин, В. Г.* Бесплатный доктор / В. Г. Климин // Приоритеты. 2008. № 1. – 0,4 п.л.

34 *Климин, В. Г.* Здравоохранение должно быть управляемым / В. Г. Климин // Регионы России. 2008. № 5–6. – 0,1 п.л.

35 *Климин, В. Г.* Современное здравоохранение / В. Г. Климин // Национальные проекты России: итоги года. 2008. – 0,1 п.л.

36 *Климин, В. Г.* Новейшие технологии на службе у человека / В. Г. Климин // Большой Урал: ежегодник. 2008. – 0,1 п.л.

37 *Климин, В. Г.* Здоровье в регионах / В. Г. Климин // ProDigital. 2008. № 37. – 0,4 п.л.

38 *Климин, В. Г.* Коммуникационная характеристика ресурсного и финансового потенциала здравоохранения субъекта Российской Федерации / В. Г. Климин // Инновационные технологии в организации, экономике и управлении здравоохранением в Уральском регионе: сб. науч. работ. Екатеринбург: УрО РАН, 2008. – 0,4 п.л.



10 ~

Подписано в печать 22.01.2010.

Формат бумаги  $60 \times 84 \frac{1}{16}$ . Бумага офсетная.

Печать плоская. Усл. печ. л. 1,97. Печ. л. 2,125.

Заказ 19. Тираж 150 экз.

Отпечатано с готового оригинал-макета  
в подразделении оперативной полиграфии

Уральского государственного экономического университета  
620144, г. Екатеринбург, ул. 8 Марта/Народной воли, 62/45